

FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO

Município de Residência: _____ Data do Encaminhamento: _____
Enfermeiro Responsável: _____ Data de Recebimento no CIS: _____

DADOS PESSOAIS

Nome Completo: _____ Identidade: _____
Telefone: _____ Data Nasc.: _____ CNS: _____

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO - HIPERTENSO

Fatores de risco	Pontuação 1 ou 0	Lesão de Órgão Alvo	Sim ou Não
1. Sexo masculino		1. Hipertrofia ventricular esquerda	
2. Idade: homens ≥ 55 anos mulheres ≥ 65 anos		<u>Eletrocardiograma:</u> Índice Sokolow-Lyon (SV1+RV5 ou RV6) ≥ 35mm RaVL > 11 mm Cornell voltagem > 2440 mm*ms	
3. Tabagismo		<u>Ecocardiograma:</u> Índice de massa ventricular esquerda >115 g/m ² homens, > 95 g/m ² nas mulheres	
4. História de doença cardiovascular prematura em parentes de 1º grau: homens < 55 anos mulheres < 65 anos		2. Espessura mediointimal da carótida > 0,9mm ou placa carótidea	
5. Dislipidemia: Colesterol total > 190 mg/dL ou LDL colesterol > 115 mg/dL ou HDL: homens < 40 mg/dL mulheres < 46 mg/dL ou Triglicerídeos > 150 mg/dL		3. Velocidade da onda de pulso carótido-femoral > 10m/s	
6. Resistência à insulina: Glicemia plasmática em jejum: 100-125 mg/dL ou Teste oral de tolerância à glicose: 140-190 mg/dL em 2 horas ou Hemoglobina glicada: 5,7-6,4%		4. Índice tornozelo-braquial < 0,9	
7. Obesidade Índice de massa corporal (IMC) kg/m ² ou Circunf. abdominal: homens ≥ 102cm mulheres ≥ 88cm	≥30	5. Doença renal crônica estágio 3 (ritmo de filtração glomerular estimado entre 30 e 60 mL/min/1,73m²)	
Total:		6. Albuminúria entre 30 e 300 mg/24hs ou relação albuminacreatinina urinária 30 a 300mg	
		Doença cardiovascular e doença renal estabelecidas	Sim ou Não
		1. Doença cerebrovascular: Acidente vascular encefálico isquêmico, Hemorragia cerebral, Ataque isquêmico transitório	
		2. Doença da artéria coronária: Angina estável ou instável, Infarto do miocárdio, Revascularização do miocárdio percutânea (angioplastia) ou cirúrgica, Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou preservada, Doença arterial periférica sintomática dos membros inferiores, Doença renal crônica estágio 4 (ritmo de filtração glomerular estimado entre <30 ml/min/1,73m ² ou albuminúria >300mg/24hs), Retinopatia avançada (hemorragias, exsudatos, papiledema)	

Estratificação de Risco	Pressão arterial: _____ (em mmHg)			
	<input type="checkbox"/> Sistólica: 130 a 139 ou <input type="checkbox"/> Diastólica: 85 a 89	<input type="checkbox"/> Sistólica: 140 a 159 ou <input type="checkbox"/> Diastólica: 90 a 99	<input type="checkbox"/> Sistólica: 160 a 179 ou <input type="checkbox"/> Diastólica: 100 a 109	<input type="checkbox"/> Sistólica: ≥ 180 ou <input type="checkbox"/> Diastólica: ≥ 110
<input type="checkbox"/> Nenhum fator de risco	Sem risco adicional	Baixo risco	Risco moderado	Risco alto
<input type="checkbox"/> 1 a 2 fatores de risco	Baixo risco	Risco moderado	Risco alto	Risco alto
<input type="checkbox"/> 3 fatores de risco	Risco moderado	Risco alto	Risco alto	Risco alto
<input type="checkbox"/> Lesão em órgãos-alvo, doença cardiovascular, doença renal crônica, diabetes mellitus	Risco alto	Risco alto	Risco alto	Risco alto

HISTÓRIA PREGRESSA

Descrever resumo histórico progresso da condição de saúde do usuário, todos os dados relevantes, como internamentos e tratamentos realizados. Anexar todos os exames realizados e avaliações ponderais (peso, altura, IMC, CA, HGT, FC, etc).

TERAPIA MEDICAMENTOSA

Alergia Medicamentosa: _____

Automedicação: _____

Medicamentos em uso	Dose/Via	Posologia	Aquisição (pública, doação e ou privada)

CONTROLE PRESSÓRICO

Data	Manhã	Tarde	Noite
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

ADESÃO TERAPÊUTICA

N o Aderente
 Pouco Aderente
 Aderente

Local e Data

Assinatura/Carimbo do Solicitante

PARA USO DO CONSÓRCIO

DEVOLUÇÃO PARA REGULARIZAÇÃO

Motivo da Devolução: _____

Data da Devolução: _____ Assinatura: _____



